

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ABOUCHEMENT VULVAIRE
DU RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BORNECQUE

Né le 3 Janvier 1884 à Besançon (Doubs).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
**L'ABOUCHEMENT VULVAIRE
DU RECTUM**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 2 Décembre 1908
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BORNECQUE

Né le 3 Janvier 1884 à Besançon (Doubs).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4
—
Décembre 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinales	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag	
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LEPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch.
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		BÉRIEL, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, *Président* ; NOVE-JOSSERAND, *Assesseur* ;
MM. TIXIER et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Sous-Intendant militaire de 1^{re} Classe,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

Lieutenant au 2^{2e} Régiment d'Infanterie.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOVÉ-JOSSERAND

*Qui a bien voulu nous indiquer le sujet
de cette thèse, et que nous prions
d'agréer ici l'hommage de notre res-
pectueuse reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
de Clermont-Ferrand

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ABOUCHEMENT VULVAIRE
DU RECTUM

INTRODUCTION

Le rectum au cours de son développement embryologique peut être le siège de malformations, qui aboutissent, les unes à son imperforation, les autres à son abouchement anormal dans un des organes voisins (vulve, vagin, utérus, vessie, urètre, etc.).

Chez la femme, la plus fréquente de ces anomalies est certainement l'abouchement vulvaire du rectum, encore appelé par la plupart des auteurs : anus vulvaire, et par Kirmisson : ectopie vulvaire de l'anús. Mais comme nous le verrons dans notre chapitre d'Embryologie, il est tout à fait inexact de désigner cette malformation sous le nom d'anús vulvaire, puisque dans la majorité des cas, l'anús, en tant que muscle strié circulaire, existe à sa place normale, avec les modifications sur lesquelles nous insisterons au cours de ce travail.

A plus forte raison ne saurait-on parler d'ectopie vulvaire de l'anus, puisque l'anus lui-même, en tant que région est mal conformé mais non déplacé (Plauchu et Chalier). Il s'agit simplement, comme le montre surabondamment l'embryologie, d'un abouchement anormal, d'un abouchement vulvaire du rectum.

Nous emploierons malgré tout souvent, pour la facilité du langage, l'expression d'anus vulvaire.

Ce travail, destiné à expliquer embryologiquement cette malformation, et à baser sur l'ensemble des observations publiées par les auteurs, les indications et contre-indications du traitement opératoire de cette affection, comportera les chapitres suivants :

1° *Pathogénie et Étiologie ;*

2° *Symptômes et Diagnostic ;*

3° *Indications. Traitement et Résultats.*

Nous terminerons en publiant trois observations lyonnaises dues à l'obligeance de MM. Nové-Josserand, Plauchu et Chalier, que nous prions d'accepter ici nos vifs remerciements. Nous les ferons suivre d'un certain nombre d'observations résumées que nous avons recueillies dans la littérature, et qui constituent les documents sur lesquels sont basées nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Dans les premières phases du développement de l'embryon, l'intestin inférieur, et la vésicule allantoïde communiquent par une sorte de cavité à laquelle on a donné le nom de *cloaque*, et où viendront déboucher, peu après, les canaux de Wolff.

La cloison destinée à séparer secondairement l'intestin et le canal allantoïdien, porte le nom de *repli* ou *éperon périnéal* (Kölliker); au cours du développement de l'embryon, celui-ci divise, par un mouvement de descente progressif, la cavité cloacale en deux parties; la cavité postérieure prolonge en bas l'intestin: c'est elle qui forme le *rectum proprement dit*. La cavité antérieure communique en haut et en avant avec le canal allantoïdien, et reçoit en arrière les canaux de Wolff: c'est le *sinus uro-génital* (J. Müller).

Ce sinus se subdivise à son tour en conduit urétrorésical et en conduit uro-génital; c'est aux dépens de ce dernier que se développera chez l'embryon féminin le *vestibule* ou *canal vestibulaire* (Tourneux).

L'abaissement du repli ou éperon périnéal se continue jusqu'à sa rencontre avec la *membrane cloacale*

formée seulement d'ectoderme et d'endoderme, et qui sépare le cloaque de l'extérieur.

Lorsque la soudure a eu lieu, l'éperon divise cette membrane en deux parties, dont l'une, antérieure, ferme le sinus uro-génital, c'est la *membrane uro-génitale* et dont l'autre, postérieure, obture le rectum, c'est la *membrane anale*.

Postérieurement, un processus de résorption amène la disparition de ces membranes, créant ainsi l'*orifice anal*, et la *fissure uro-génitale*.

Parallèlement à l'abaissement de l'éperon de Kölliker, il se produit un épaissement considérable de la membrane cloacale, dont les deux feuillets se mélangent très intimement, au point d'en rendre la différenciation impossible. Cette formation constitue le *bouchon cloacal* de Tourneux.

Telle est la théorie qui rallie actuellement le plus grand nombre d'embryologistes et qui, grâce surtout à Tourneux, est devenue l'opinion classique.

D'autres explications ont cependant été proposées antérieurement ; il importe de les résumer brièvement ici.

Pour Rathke (1832) le cloisonnement du cloaque aurait lieu par la rencontre de cinq replis : l'un supérieur, formé par l'union de la paroi antérieure de l'intestin terminal avec la paroi postérieure de l'allantoïde, deux latéraux développés aux dépens des parois latérales du cloaque, et deux inférieurs constitués par les lèvres de l'orifice cloacal arrivant au contact et se soudant pour former le périnée. C'est la *théorie des cinq replis*.

D'autres embryologistes, comme Nagel, Mikalkowics, et surtout Kölliker, attribuent le cloisonnement du cloaque à la descente du repli ou éperon périnéal venant rencontrer les deux replis latéraux émanés de la partie antérieure du cloaque : C'est la *théorie des trois replis*.

Une autre explication, soutenue par Retterer, fait intervenir pour séparer la cavité cloacale en deux cavités secondaires, le rapprochement des deux plis latéraux admis dans l'hypothèse précédente. La soudure de ces deux replis se fait de bas en haut sur la ligne médiane, et entre seule dans la formation de l'éperon périnéal. C'est la *théorie des deux replis*.

On a vu plus haut que, pour Tourneux et le plus grand nombre des embryologistes, c'est aux modifications du bouchon cloacal et à l'abaissement du seul repli périnéal qu'est d   à ce cloisonnement. De ce qui précède, nous retiendrons surtout ce fait, que le rectum se développe en arrière du repli périnéal nettement séparé par lui des régions antérieures, c'est-à-dire chez l'embryon femelle, du vagin et du vestibule. L'orifice anal lui-même est produit secondairement par une dépression ectodermique s'avancant normalement à la rencontre du rectum venu de l'endoderme.

L'embryologie nous explique donc la possibilité d'anomalies cong  nitaless, caractérisées par l'existence d'une région anale à peu près bien conform  e, avec imperforation du rectum ; mais il nous reste à expliquer par quel mécanisme le rectum au lieu de s'ouvrir à l'anus, vient s'aboucher à la vulve ou au vagin.

On sait que le vagin, d'après l'opinion aujourd'hui unanimement admise, se développe aux dépens de

l'extrémité inférieure du *canal utéro-vaginal*, résultant de la fusion de deux canaux de Müller. A son extrémité distale, ce conduit unique se trouve comblé par un bouchon épithélial qui occupe le sommet d'une petite saillie de la paroi postérieure du sinus uro-génital, représentant l'ébauche de l'hymen. D'après Budin, Tourneux, Pozzi, le vestibule n'est aussi qu'un vestige de ce sinus.

On conçoit dès lors, qu'un vice de développement du repli périnéal entraînant son défaut de soudure avec la lame uro-génitale, s'accompagnera d'une communication entre l'intestin terminal d'une part et le sinus uro-génital de l'autre, c'est-à-dire d'un abouchement du rectum dans le vestibule, et même dans la partie inférieure du vagin proprement dit.

Mais le vice de formation ne porte pas seulement sur la cloison recto-vestibulaire ; le plus souvent, l'anus est le siège d'un phénomène semblable, et, bien que muni de son sphincter dans la plupart des cas, il reste imperforé et ne communique nullement avec l'intestin terminal.

La malformation serait double ; en avant, il y aurait défaut de coalescence complète des deux bourgeons latéraux de la lame uro-génitale ; en arrière au contraire, il y aurait défaut de résorption de la membrane cloacale et arrêt de développement plus ou moins marqué de la région sphinctérienne.

De la sorte, d'après MM. Plauchu et Chaliier, l'abouchement vulvaire du rectum, s'expliquerait par un vice portant à la fois sur la cloison frontale du périnée et sur les lames cloacale et uro-génitale.

Quelle est maintenant l'ÉTIOLOGIE, c'est-à-dire l'ensemble des conditions dans lesquelles s'observe la malformation que nous avons en vue.

On a incriminé un grand nombre de facteurs étiologiques, sans qu'il soit possible de leur attribuer un rôle important. Certains auteurs ont mis en avant la *consanguinité*. Elle a certainement une influence qui se manifeste d'ailleurs dans la production d'autres malformations (surdi-mutité, bec de lièvre, etc.).

Le rôle des différentes *intoxications* des générateurs (alcoolisme, saturnisme, syphilis, etc...) peut être envisagé ici, comme pour toutes les anomalies congénitales.

L'hérédité semble avoir aussi une influence indéniable en certains cas. Un auteur allemand ¹ relate l'observation de deux cousines germaines présentant un anus vulvaire; ses recherches personnelles lui permirent en outre de contrôler que plusieurs des ascendants de ces deux fillettes avaient été atteints de la même malformation.

Il n'est pas rare d'ailleurs que l'anus vulvaire coexiste avec d'autres difformités portant soit sur les organes génitaux, soit sur d'autres appareils de l'économie.

C'est ainsi qu'on a noté l'existence simultanée d'un anus vulvaire avec un utérus didelphe (Figini), un vagin imperforé (Berger), des ectopies viscérales diverses, l'absence de vésicule biliaire (Pont-Réaulx), l'absence de coccyx (P. Petit) et des malformations multiples,

(1) HADRA, *Berliner. klin. Woch.*, 1885, n° 21.

comme dans l'observation d'Himmelfarb citée plus loin, où la malade, âgée de quatorze ans, présentait, outre son infirmité vulvaire, une main bote à droite, compliquée de l'inexistence de l'éminence Thénar, et à gauche l'absence du pouce, du radius. et de l'artère radiale.

Quoi qu'il en soit, la malformation qui nous occupe peut être rangée parmi celles qu'on observe le plus souvent, conformément à l'assertion d'Estor qui dit : « L'anus vulvaire est une des formes les plus fréquentes d'abouchements anormaux du rectum ».

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

L'examen des symptômes fonctionnels sera fait à propos des indications opératoires. En fait, il ne faut pas se baser sur eux pour porter le diagnostic de la malformation, qui doit être fait dès la naissance.

Point n'est besoin de longs développements pour démontrer la nécessité de se conformer au précepte édicté par A. Broca, d' « examiner avec soin, avant « d'emballoter le nouveau-né, l'état de son périnée « et de ses organes génitaux ».

Cet examen devra être complété systématiquement par le cathétérisme du rectum avec le doigt ou la sonde en gomme, la simple inspection étant absolument insuffisante, notamment dans les cas où l'anus existe bien caractérisé extérieurement, mais imperforé.

Sans de pareilles précautions, des malformations ano-rectales peuvent chez la femme passer inaperçues jusqu'à l'âge adulte, ce qui ressort nettement de quelques observations.

L'anus anormal a son ouverture située toujours sur la paroi postérieure du vagin, et très-près de la fourchette dans le cas le plus général. L'orifice s'ouvre habituellement au-dessus de l'hymen, c'est l'anus vul-

vaire ; mais il est des cas où l'ouverture se fait au-dessus du repli hyménéal, soit immédiatement au-dessus, soit à des hauteurs diverses, voire même au voisinage du col utérin : C'est l'anus vaginal, moins fréquent et dont l'étude sort de notre cadre.

« Les dimensions de l'orifice, dit Berger, peuvent
« varier dans des proportions telles qu'il permette
« l'introduction de l'index, ou admette à peine un
« stylet ». Quand il est très étroit, on le trouve généralement bridé par un anneau fibreux qui le rend inextensible, paralysant ainsi l'action du sphincter s'il existe.

Au voisinage de l'abouchement, le rectum est en général hypertrophié, souvent adhérent au vagin, et dans la presque totalité des cas il est muni de son *sphincter lisse* à fibres circulaires contractiles, dont le resserrement détermine la production des plis rayonnés notés en certains cas.

En même temps que l'abouchement anormal, on remarque souvent à la place même de l'anus, une dépression pouvant présenter des plis radiés, une pigmentation plus ou moins marquée, parfois un infundibulum assez prononcé, et même un sphincter nettement contractile, mais toujours il y a imperforation. Dans beaucoup de cas, il n'existe absolument aucun vestige d'anus, mais on trouve tous les intermédiaires entre l'absence totale de cet anus et l'existence d'un orifice presque normal.

CHAPITRE III

INDICATIONS. — CONTRE INDICATIONS — TRAITEMENT.

Avant d'aborder l'examen des moyens thérapeutiques qui permettent de remédier à l'infirmité constituée par l'anüs vulvaire, il faut se demander si tous les cas sont justiciables d'un traitement.

Il y a en effet, des abouchements anormaux du rectum véritablement *latents*, dans lesquels les différentes fonctions peuvent s'accomplir presque normalement.

On a vu bon nombre de femmes atteintes de cette malformation, non seulement devenir enceintes ; mais encore accoucher sans incidents.

On rapporte ainsi que Tuck (de Boston) ¹ accoucha sans difficultés une femme de 26 ans atteinte d'anüs vulvaire.

On peut même lire dans la thèse d'agrégation de Lefort l'observation concernant une femme de 48 ans, mère de trois enfant, dont l'abouchement anormal du rectum était resté ignoré du mari, et même de l'accoucheur.

¹ *Boston medic. and. surgic Journal*, 1876, p. 283.

Dans le même ordre d'idées, citons également le cas rapporté par Eustache¹ d'une femme âgée de vingt trois ans, qu'il dût accoucher au forceps en raison d'un rétrécissement du bassin, et qui avait en même temps un anus vulvaire.

Nous rappellerons aussi l'exemple classique de la Juive dont parle Morgagni, et qu'un anus vulvaire n'empêcha pas d'atteindre la centième année, ainsi que le cas, mentionné par tous les auteurs, de la célèbre prostituée du moyen âge, atteinte d'anús vulvaire, et dont cependant les amants « *nunquam in coitu* » « *mentam inquinaverunt. Saepe vulvam ejus oscula-* » « *bantur, et nullam pravam odorem sentierunt. Ali-* » « *quoties linguam in vaginam ejus immiserunt, et* » « *nunquam foecibus foedata est* ».

On peut certes, admettre la conduite d'Himmelfarb (cité par Regnat, dans sa thèse, page 95) qui n'intervint pas chez une jeune fille de quatorze ans, dont l'anús vulvaire ne s'accompagnait d'aucun trouble fonctionnel, et en particulier d'aucune incontinence. Mais il est loin d'en être toujours ainsi, et assez nombreux sont les cas où les phénomènes d'occlusion dominent la scène et imposent une intervention d'urgence.

Dans l'immense majorité des cas, cependant, les phénomènes se présentent avec moins d'acuité. On assiste à des alternatives de constipation cédant aux moyens ordinaires, mais donnant parfois lieu à des accidents d'obstruction, et les exemples ne manquent pas parmi les observations, d'anús vulvaire parfaite-

¹ *Journal d'obstétrique, gynécol. et pédiatrie*, 1906, 20 juin.

ment tolérés durant plusieurs années, et produisant ensuite des accidents de rétention stercorale.

En opposition avec ces cas où l'atrésie de l'orifice anormal joue le plus grand rôle, il en est d'autres où l'anus anormal est incontinent à des degrés différents, selon qu'il retient les matières solides ou seulement les liquides et les gaz.

En résumé, qu'il y ait incontinence ou rétention, les sujets porteurs de cette malformation congénitale présentent, dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, des troubles de la défécation.

L'existence d'un anus vulvaire ne retentit pas seulement sur les fonctions du rectum, mais aussi parfois sur les fonctions génitales. Sans doute, bon nombre d'observations prouvent que le coït est possible, témoin le cas signalé par Ricord, d'une femme de vingt-deux ans dont le mari ne remarqua la malformation qu'au bout de trois années. Cependant, dans la plupart des cas, selon Ricateau, il y aurait issue de matières fécales pendant les rapprochements sexuels.

La grossesse et la parturition sont possibles, comme nous l'avons vu, mais il est hors de doute que le voisinage du rectum crée un foyer d'infection excessivement dangereux pour l'accouchée, et que les déchirures périnéales favorisées par la malformation, acquièrent un pronostic beaucoup plus grave, du fait de la participation presque inévitable du rectum.

En résumé, s'il est sage de s'abstenir lorsque l'infirmité dont il s'agit est supportée sans aucun trouble fonctionnel, et que les sujets sont âgés, l'intervention est absolument indiquée chez l'enfant en bas âge dans

tous les cas, et chez l'adulte quand il se produit des troubles.

Les indications opératoires étant ainsi discutées et posées, à quel procédé donnera-t-on la préférence ?

Tout d'abord, il faut éliminer la série des *opérations purement palliatives*, destinées à permettre l'évacuation du contenu intestinal, telles que l'anus iliaque, qui substituent une infirmité à une autre, et n'ont de raison d'être que dans les cas d'urgence. De même, nous ne mentionnerons que pour mémoire les *opérations dites en deux temps*, rationnelles à l'ère pré-aseptique, et qui avaient surtout pour but d'éviter l'infection et la mort en divisant les risques. C'est ainsi que Dieffenbach procédait d'abord à l'incision du périnée avec décollement et abaissement du rectum ; dans un autre temps, il fixait l'anus en place normale, et terminait par une périnéorrhaphie. Nélaton père réunit ces deux temps en une seule opération qui constitue aujourd'hui le procédé de choix sous le nom de *transplantation périnéale du rectum*. Rizzoli se borna à modifier légèrement la technique de Nélaton.

L'intervention doit de toute évidence consister en un abouchement du rectum au périnée, mais, comme le fait remarquer P. Delbet ¹ « le simple abouchement « d'un point quelconque de la paroi rectale à la peau « périnéale est une opération de nécessité utile, mais « ne donnant que l'apparence d'une guérison ; l'orifice est nécessairement incontinent puisque le

¹ P. Delbet, *XIV^e Congrès français de chirurgie*, 1907, p. 844-848.

« sphincter fait défaut ; en outre, par cet orifice le « rectum peut à la longue venir prolaber ».

Il faudra donc tenter de réaliser un anus normalement placé, et muni d'un appareil musculaire suffisant pour en assurer l'occlusion. Dans un grand nombre d'observations citées, il existait à la place de l'anüs une légère dépression présentant parfois des plis radiés, et souvent munie d'un sphincter (Foata, Galtier, Berger, Rizzoli).

Le sphincter interne est presque constant, « il se manifeste sous forme d'un bourrelet froncé plus ou moins saillant » (P. Petit) ; c'est à sa présence qu'est due la continence parfaite de certains anus vulvaires, lorsque sa contraction n'est pas limitée par un anneau fibreux inextensible. L'absence de sphincter externe strié peut être du reste suppléée par le muscle releveur de l'anüs, qui peut arriver à donner une continence suffisante (P. Delbet).

Il est aisé de concevoir que, dans la plus favorable des hypothèses où l'on puisse se placer, la transplantation de l'orifice anormal, muni de son sphincter interne à fibres lisses, dans le nouvel orifice anal, normalement situé et doublé d'un sphincter strié, ou à défaut du releveur de l'anüs, ne puisse donner que des résultats favorables, et toujours préférables au maintien de l'anüs vulvaire.

La technique de la transplantation périnéale de l'anüs, décrite par Nélaton, modifiée par Rizzoli et adoptée par la plupart des auteurs, notamment par Kirrnisson, est actuellement bien réglée. Nous emprunterons, pour la décrire, l'excellent exposé qu'en a

donné Marion dans la thèse de Regnat et dans son récent *Manuel de technique chirurgicale*.

Marion distingue à l'opération les cinq temps suivants :

Premier Temps : Fermeture de l'abouchement vulvaire anormal au moyen d'un fil de soie assez fort, qui pourra servir de tracteur.

Deuxième Temps : Incision circulaire autour de l'anus vulvaire, sur laquelle on branchera en arrière une incision verticale médiane s'étendant jusqu'à la pointe du coccyx.

L'incision circonférencielle intéresse la muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent ; l'incision verticale la peau, le tissu cellulaire, et quelques fibres musculaires sans intéresser naturellement l'ampoule rectale.

Troisième Temps : Libération de l'anus et du rectum sur leurs quatre faces, sur une hauteur suffisante pour permettre d'amener facilement au périnée, en bonne place, l'anus anormal.

Quatrième Temps : Résection de l'anneau fibreux péri-anal, temps spécial pour Marion.

Cinquième Temps : Fixation du rectum un peu en avant de l'angle postérieur de la plaie, et fermeture de la plaie périnéale, en avant et en arrière, en prenant en masse les tissus comme dans une périnéorrhaphie, sans pénétrer toutefois ni dans la paroi rectale ni dans la paroi vaginale.

Les *soins consécutifs* se bornent à nettoyer souvent la plaie à l'eau bouillie et à changer fréquemment le pansement. On évitera l'infection en prenant ces précautions et en constipant, au besoin, les petits malades

pendant trois ou quatre jours, au moyen de III à V gouttes de laudanum suivant l'âge.

Telle est l'opération de choix à laquelle a eu recours notre maître, M. le professeur agrégé Nové-Josserand dans les deux cas qu'il a eu à traiter. C'est à elle également que l'on donnera la préférence lors de l'opération de la malade de MM. Plauchu et Chalier.

A quel âge convient-il de la pratiquer ?

Suivant les uns, l'intervention doit être *immédiate*, c'est-à-dire effectuée dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance.

C'est le cas des opérations d'urgence dont nous avons envisagé plus haut les indications ; quelques chirurgiens cependant la recommandent systématiquement même en dehors de tout accident aigu (Nélaton, Maisonneuve).

D'autres auteurs (Roux, Kirmisson) préconisent, en dehors des cas d'urgence, l'*intervention précoce*, dont le moment opportun est indiqué par le sevrage. Le changement de régime amène, en effet, des modifications dans la consistance des matières à évacuer, et tel orifice anormal dont le fonctionnement était régulier avec l'alimentation lactée, se trouve plus tard insuffisant.

Enfin, l'*intervention tardive*, que l'on pratique entre cinq et dix ans, est conseillée par un grand nombre d'opérateurs, qui trouvent ce temps suffisamment rapproché de la naissance pour que le développement de l'enfant n'ait pas eu le temps de se ressentir de l'affection, et suffisamment éloigné pour que l'organisme de l'opéré ait acquis une résistance suffisante pour sup-

porter l'hémorragie et les phénomènes infectieux dont il faut toujours envisager l'éventualité.

Nous croyons, au contraire, avec MM. Plauchu et Chalié, qu'à côté de ces diverses opinions, il y a place pour un avis intermédiaire. Il nous paraît, en dehors naturellement des cas d'urgence, qui nécessitent une intervention immédiate, que l'époque la plus favorable à la transplantation périnéale de l'anus vulvaire, est celle qui convient à la plupart des opérations pour malformations congénitales, c'est-à-dire le moment qui suit le sevrage, entre deux et trois ans.

L'intervention ainsi pratiquée n'offre aucun danger. Les résultats immédiats et éloignés de l'opération sont excellents. ainsi qu'il ressort des observations, et dès les premières semaines (douze jours dans l'observation IV, seize jours dans l'observation XVIII, huit jours dans les observations I, II, XIX et XXI, neuf jours dans l'observation VII, quatorze jours dans l'observation XX) la cicatrisation est parfaite, et le fonctionnement de l'anus tout à fait normal.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Nové-Josserand, chirurgien de la Charité.)

Marie S..., âgée de six ans, entrée à la Charité le 30 septembre 1901.

Antécédents héréditaires et personnels : néant.

L'enfant est porteur d'une affection congénitale consistant dans l'absence de l'anus, et l'ouverture du rectum à la vulve. La défécation se fait facilement d'une façon habituelle, mais devient impossible à la moindre constipation.

S'enfant se souille continuellement, perdant ses matières au moindre effort.

L'abouchement anormal se fait par un orifice distinct de l'orifice vaginal, situé immédiatement en arrière de lui, et en place d'anus il existe seulement une légère dépression.

Le 5 octobre 1901, intervention (M. Nové-Josserand). — Incision de 6 centimètres dans le sillon interfessier. On reconnaît le rectum avec précaution et on le libère de chaque côté avec un doigt, en s'aidant d'un autre doigt placé dedans. La libération est achevée par la section des adhérences qui fixent l'anus anormal aux segments qui entourent son orifice. Le rectum est alors suturé à sa place normale, puis le périnée refait par deux plans de suture comme dans une périnéorraphie ordinaire, le plan profond à

la soie, le plan superficiel au fil métallique. Un petit drain est placé au fond de la plaie.

12 octobre 1901. — L'intestin est bien fixé ; la périnéorraphie a tenu

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Nové-Josserand.)

B... Marie, quatre ans et demi. Entre à la Charité le 21 mars 1908.

Rien à noter dans les antécédents.

Au niveau de l'anus se trouve un infundibulum étroit qui n'a pas plus de 3 à 4 millimètres de diamètre. La vulve est bien conformée mais l'hymen peu développé. Sur la face postérieure on voit un orifice du diamètre d'un crayon conduisant dans le rectum. L'enfant va à la selle très difficilement et on sent dans son gros intestin des masses stercorales.

Opération le 27 mars 1908 (M. Nové-Josserand). — Incision longitudinale partant de l'abouchement anormal et prolongée jusqu'à la pointe du coccyx. On incise la peau, le tissu sous-cutané et le sphincter externe qui existe assez bien développé. Arrivé sur le rectum, on libère au doigt ses faces postérieures et latérales. On prolonge alors l'incision cutanée en avant, en circonscrivant l'abouchement anormal jusqu'à deux centimètres environ de la fourchette. On achève par là de libérer les faces latérales du rectum, puis on sectionne transversalement le prolongement vaginal. A partir de son bord supérieur on poursuit le dédoublement de la cloison recto-vaginale qui se fait assez facilement aussitôt qu'on a dépassé les rebords immédiats de la fistule. On abaisse alors le rectum, on divise le pont qui sépare les deux abouchements, et on suture à la soie la muqueuse rectale et la peau. On refait le périnée avec deux fils métalliques noués sur des tampons, en laissant un petit drain dans l'angle de la plaie, au contact de la paroi vaginale

dont la perforation a été suturée avec deux points de catgut. On fait également en arrière une suture profonde reconstituant le sphincter.

Le 4 avril, suppression des fils. Il y a seulement un peu de rougeur superficielle sans aucun signe de suppuration profonde.

Le 6 avril, on constate un peu de désunion de la plaie périnéale en arrière de la fourchette.

Le 28 avril, l'enfant est partie allant bien.

18 novembre 1908. — Les derniers renseignements confirment la guérison : l'enfant se porte bien et retient ses matières même lorsqu'elle a la diarrhée.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de MM. Plauchu et Chaliér.)

Enfant née à terme, sans le secours d'un médecin ou d'une sage-femme. Les parents n'offrent aucune anomalie apparente, ils ont déjà un fils âgé de quatre ans et bien conformé. C'est seulement quinze jours après la naissance que la mère à l'occasion d'un lavement constata la malformation dont cette enfant est atteinte, et comme il n'en résultait pas de troubles bien caractérisés elle ne se décida à l'amener à la consultation des nourrissons de l'hôpital de la Croix-Rousse qu'un mois et demi plus tard. (Février 1908.)

A l'examen, on constate l'existence sur la ligne médiane d'un raphé vulvo-coccygien, et en un point correspondant à la situation normale de l'anus, on remarque une légère dépression exclusivement cutanée entourée de trois ou quatre sillons radiés peu accusés. L'hymen est normal, et, en arrière, au centre de la fosse naviculaire, existe un orifice irrégulier, frangé, de coloration rouge vif, très étroit, laissant échapper, au cours de l'examen, des matières et des gaz.

L'orifice, bien que serré, admet facilement le passage

d'une sonde urétrale de femme; il paraît nettement contractile et sa continence, parfois un peu trop parfaite, prouve qu'il joue le rôle d'un véritable sphincter. C'est un anus vulvaire bien caractérisé, et justiciable de l'intervention qui, en l'absence de troubles graves, sera pratiquée au moment que nous estimons le plus opportun, c'est-à-dire après le sevrage entre deux à trois ans.

Actuellement (novembre 1908), l'enfant va bien, et son développement ne souffre en rien de son infirmité. Elle a cependant des périodes de constipation assez accusée, pendant lesquelles l'enfant n'a pas de selles pendant trois ou quatre jours, mais ces symptômes cèdent aux lavements ou à l'huile de ricin.

OBSERVATION IV (résumée).

(Rantzoïu, de Bukarest, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, XI, p. 28, 30.)

T. R..., six mois. Entre à l'hôpital le 9 août 1892.

Pas d'antécédents héréditaires. A la naissance, issue de méconium à la vulve. Lors du sevrage, à cinq mois, constipation, mauvais état général. Vulve normale, aucune dépression périnéale. En bas de la fourchette, orifice filiforme à peine perméable au stylet, profond de 3 millimètres.

Opération le 10 août, par ouverture d'un nouvel anus et fixation de l'ampoule rectale ouverte et maintenue perméable par une laminaire. On laisse l'orifice anormal se fermer spontanément.

Suites opératoires simples, apyrétiques.

Le 22 août, l'ancien trajet est complètement fermé, et le nouvel anus cicatrisé.

OBSERVATION V (résumée).

(E. Kirmisson, *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, 1896, p. 305, 306.)

Fillette, de cinq mois, atteinte d'imperforation anale avec abouchement anormal du rectum dans la vulve.

Transplantation du rectum au périnée, en disséquant la cloison recto-vaginale assez haut pour bien libérer le rectum, et fixation dans la plaie périnéale. Fermeture de l'ancien abouchement.

Suites opératoires simples, résultats fonctionnels excellents.

OBSERVATION VI (résumée).

(Lebrun, *Annales de la Société Belge de chirurgie*, Bruxelles, 1896, 1987, IV, p. 304, 306.)

Jeanne H..., sept mois. Aucun antécédent. Troubles de rétention, coliques. Aucune trace d'anus périnéal, anus vulvaire très serré. Opération le 24 septembre 1895.

Incision périnéale, libération du rectum, abouchement au périnée par sutures à la soie et fermeture de l'ancien orifice.

Suites opératoires simples.

Revue deux ans après, résultat plastique et fonctionnel excellent.

OBSERVATION VII (résumée).

(P. Petit, *Revue pratique d'obstétrique et de gynécologie*, 1897, t. XIII, p. 125 à 136.)

Fillette de dix ans, mal développée; absence du coccyx et de sillon interfessier. Anus vulvaire, accidents de stercorémie et coexistence d'incontinence d'urine.

Le 8 mars 1867, intervention par la méthode Nélaton-Rizzoli. Constipation durant six jours par le laudanum. Au neuvième jour, ablation des fils; cicatrisation complète.

Résultat parfait. Revue six semaines après : continence absolue et disparition simultanée de l'énurésis.

OBSERVATION VIII (résumée).

(P. Berger, *Revue de chirurgie*, 1899, août.)

Amélie A..., douze ans. Vue en 1893, aurait déjà subi deux opérations, qui ont laissé subsister l'incontinence complète.

Le périnée existe, l'orifice anal, situé normalement, est muni d'un sphincter perceptible, mais imperforé. A la fourchette vulvaire, orifice punctiforme assez dilatable, communiquant avec le rectum. Vagin également imperforé.

Opération par le procédé de choix. Suites normales; première évacuation le huitième jour.

Revue plusieurs années après : continence absolue, pas de trouble fonctionnel, malgré un léger degré d'atrésie anale.

OBSERVATION IX (résumée).

(Foata, thèse de Lyon, 1900.)

Yvonne E..., six mois, entrée le 7 février 1899. Pas d'antécédents héréditaires. Anus existant bien conformé, mais imperforé. Coexistence d'un anus vulvaire, constipation habituelle.

Le 10 février, opération par abouchement direct de l'ampoule rectale de l'anus imperforé, sans fermeture de l'ancien trajet.

Le 15 février, ascension du rectum par suite de l'arrachement des sutures. Jusqu'au 8 mars, dilatation quotidienne du nouvel anus ; le malade sort le 12 avril.

Revue le 5 juin : guérison complète, résultat fonctionnel parfait. L'ancien trajet s'est oblitéré.

OBSERVATION X (résumée).

(P. Delbet, *XIV^e Congrès français de chirurgie*, 1901.)

Anus vulvaire reconnu par l'accoucheur; en place d'anús normal, dépression infundibuliforme légèrement plissée. Jusqu'au septième mois, emploi seulement de la dilatation digitale, développement troublé, rachitisme.

Première opération, consistant dans l'abouchement du rectum à l'anús imperforé, tout en laissant l'ancien orifice. Assez bon résultat fonctionnel, maintenu sous condition de très grands soins de propreté jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. Depuis, s'est constituée peu à peu une incontinence du nouvel orifice, accompagnée d'un prolapsus de la muqueuse rectale atteignant 8 centimètres et réductible spontanément.

L'orifice anormal demeure continent : l'exploration permet d'y constater la présence d'un sphincter.

Le 5 mars 1901, nouvelle opération consistant dans la fermeture du rectum au niveau de l'anús artificiellement ouvert au périnée, puis dans la transplantation périnéale du rectum muni de l'orifice anormal circonscrit par une incision, et se terminant par une périnéorrhaphie.

Suites simples, à l'exception d'un commencement d'obstruction survenu le septième jour, et évité par un débriement au bistouri de l'anneau fibreux terminant l'intestin.

Guérison survenue sans encombre. La malade fut revue huit mois après : résultat fonctionnel satisfaisant.

OBSERVATION XI (résumée).

(Tatiana Gouriane, thèse de Lausanne, 1901)

B. B..., dix-neuf ans, entré le 8 juin 1899, à l'hospice de Lausanne. Antécédents sans particularités. La défécation a toujours eu lieu normalement, avec une continence suffisante.

Le 12 juillet 1899, opération par la méthode de choix. L'anus imperforé est doublé d'un sphincter mis en évidence par l'incision. La plaie est drainée pendant six jours à résultat parfait. La malade sort de l'hôpital le 8 septembre.

Revue deux ans après : résultat maintenu.

OBSERVATION XII (résumée).

(Galtier, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1903, t. XXII., p. 465.)

Enfant âgée de trois mois, dont la malformation a passée inaperçue, et qu'on amène à l'hôpital à la suite d'une constipation de trois jours. Au niveau de l'anus, membrane anale avec plis radiés nets et sphincter; entre la fourchette et le vagin, anus vulvaire étroit, communiquant avec une ampoule rectale dilatée, laissant sortir à la pression des matières moulées dans le genre des « serpents de Pharaon ».

Opération par simple abouchement de l'ampoule rectale à l'orifice anal incisé.

Résultat excellent, continence parfaite. Aucun renseignement sur la conduite tenue vis-à-vis de l'orifice anormal.

OBSERVATION XIII (résumée).

(G. Himmelfarb, *Archiv. für Gynækol.*, Berlin, 1892, XLII, p. 372-380. — Traduite in thèse Regnat.)

R. S..., quatorze ans, entre à l'hôpital d'Odessa le 24 mai 1890. Développement incomplet, malformations multiples.

Anus vulvaire muni de sphincter. Absence de périnée par accollement direct des muqueuses recto-vaginales. Raphé périnéal, dépression anale pigmentée.

Continence parfaite, pas de troubles fonctionnels; la malade refuse l'opération.

OBSERVATION XIV (résumée).

(Grossich, *Pest. medic. und chirurgic. Presse*, Budapest, 1893, XXIX, p. 313-315. — Traduite in thèse Regnat.)

M. Z..., née en novembre 1892. Périnée développée, plis radiés à la place de l'anus. Anus vulvaire. Incontinence des matières pendant les cris.

Intervention au quarantième jour après la naissance : transplantation périnéale de l'anus, sans obturer l'orifice anormal. Au bout de trois mois guérison absolue, orifice anormal cicatrisé, sphincter normal. Continence absolue.

OBSERVATION XV (résumée).

(Newmann, *Lancet*, 1894, I, 471. Traduite in thèse Regnat.)

Fillette de huit ans, admise le 2 juin 1885. N'a pas été traitée en bas âge, par suite d'opposition des parents.

Aucune trace d'anus normal. Anus vulvaire incontinent.

Opération le 6 juin, par abouchement de l'ampoule rectale à une boutonnière périnale. Evacuation de 8 livres de matières en vingt-huit jours. Poussée péritonéale, vaste abcès ischio-rectal comblé en deux mois. Nouvelles incisions et dilatation mécanique contre le rétrécissement progressif du nouvel anus. Quitte l'hôpital guérie le 12 décembre.

Revue en mars 1894. Guérison maintenue. Développement normal.

OBSERVATION XVI (résumée).

(A. Bruckmaster, *Médical Journal*, 1894, LX, New-York. Traduite in thèse Regnat.)

Fillette de onze ans. Vue une première fois à six ans, mais refus d'intervention de la part des parents.

Revient en 1892. Opération en deux temps : en mars 1892, abouchement du rectum à la peau ; en 1893, reconstitution du périnée. Guérison stable.

OBSERVATION XVII (résumée).

(H. Thompson, *The Lancet*, 17 février 1894, t. I, traduite in thèse Regnat.)

Malade examinée à six semaines, puis à quatorze mois.

Abstention conseillée. Revient le 25 septembre 1893, âgée de dix-neuf ans.

Développement retardé, aménorrhée complète, diarrhée continuelle, vomissements fécaloïdes. Pas d'anus visible, orifice perméable au doigt en bas de la fourchette.

Première intervention, limitée à un curetage des matières accumulées dans le rectum. Le 7 octobre, deuxième intervention par la méthode de choix, avec suture de l'orifice anormal.

Convalescence pénible, défécation impossible par suite de l'atonie des muscles qui y président, demeurés inexercés pendant dix-neuf ans.

Guérison complète par bourgeonnement. Sort de l'hôpital le 14 décembre 1894. Contrôle absolu de la défécation.

OBSERVATION XVIII (résumée).

(C. Figni, *Clinica chirurgica*, Milan 1895, traduite in thèse Regnat.)

Enfant de six mois. Tache rayonnée au niveau de la 5^e vertèbre sacrée. Orifice anormal en arrière de la fourchette, troubles de rétention. Opération, sous anesthésie, par la méthode de choix. Suites des plus simples. Cicatrisation complète au seizième jour. Fonctionnement parfait sans incontinence. Revue longtemps après, guérison maintenue.

OBSERVATION XIX (résumée).

(Freemann, *Philadelphie medical News.*, septembre 1895, in thèse Regnat.)

Enfant de un an, anus vulvaire avec sphincter continent.

Opération par la méthode de choix, sutures enlevées le huitième jour. L'enfant sort de l'hôpital le dixième jour, fonctionnement parfait.

Revue quatre mois après, guérison maintenue.

OBSERVATION XX (résumée).

(W. Horrocks, *The Lancet*, 1898, t. I, p. 1398, in thèse Regnat.)

Enfant de six mois, sans antécédents héréditaires.

(Huit frères et sœurs normaux). Bonne santé habituelle, difficultés à la défécation. A la place de l'anus, existe une surélévation unie au vagin par un raphé. Anus vulvaire.

Le 28 février 1905, opération par la méthode de Rizzoli, en comprenant dans une incision circulaire tous les tissus entourant l'orifice du rectum.

Suites simples; sort le 12 février complètement guérie, sans incontinence ni obstruction.

OBSERVATION XXI (résumée).

(P. Ferraseri, obs. I, *Riforma medica*, Rome, 1902, t. II, p. 686, 692, in thèse Regnat.)

L. S..., âgée de dix ans. Anus vulvaire congénital.

Phénomènes de rétention depuis plusieurs années.

Opération le 14 juin 1898. Incision sur la ligne médiane, jusqu'à la rencontre de l'ampoule rectale. Abaissement, puis ouverture et suture de l'ampoule à la plaie périnéale. Suites excellentes, la malade guérit rapidement. Dès le 22 juin, le nouvel orifice fonctionne parfaitement et demeure soumis au contrôle de la volonté. La communication de la vulve et du rectum s'est fermée spontanément.

OBSERVATION XXII (résumée).

(Kirmisson, in thèse Regnat.)

Raymonde M..., onze mois, imperforation anale. Anus

vulvaire. Transplantation de l'anus le 15 janvier 1904 par la méthode de choix. Suites normales.

Revue huit mois après, l'enfant jouit d'une santé parfaite, sans incontinence, diarrhée, ni constipation.

CONCLUSIONS

I. L'anus vulvaire, ou mieux l'abouchement vulvaire du rectum, est une malformation congénitale due au cloisonnement incomplet du cloaque à sa partie inférieure, au défaut de soudure en arrière des deux bourgeons latéraux de la lame uro-génitale, et à un vice de développement de la région anale, consistant dans l'imperforation de la membrane anale ou dans la soudure plus ou moins complète des bourgeons anaux.

II. Cette malformation peut rester ignorée et ne s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel ; mais dans la grande majorité des cas elle détermine tôt ou tard, soit des accidents d'obstruction ou même d'occlusion intestinale, soit des phénomènes d'incontinence.

III. Même en dehors d'accidents aigus nécessitant une intervention d'urgence, l'anus vulvaire est justiciable, chez les enfants en bas âge, d'une opération curatrice : la transplantation périnéale du rectum. Celle-ci sera pratiquée de préférence après le sevrage entre deux et trois ans, et donnera le plus souvent d'excellents résultats immédiats et éloignés.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 novembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER (P.), *Revue de Chirurgie*, 1899, t. II, p. 133.
- BROCA (A.), Le traitement des malformations ano-rectales (*Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1892, t. V, p. 300-309).
- *Leçons cliniques de chirurgie infantile*, Paris, 1902.
- DECHAMBRE, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1865-1889, Article de Trélat sur les vices de conformation de l'anus et du rectum.
- DELBET (P.), *XIV^e Congrès français de Chirurgie*, 1901, p. 844 à 848.
- ESTOR, *Guide pratique de chirurgie infantile*, 1904, p. 36.
- EUSTACHE (G.), *Journal d'obstétrique, de pédiatrie et de gynécologie*, 20 juin 1906, p. 197.
- DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*, 1898, t. VI.
- FIGINI, *Vizi di conformazione dell' ano e loro cura. Clinica chirurgica*, Milan, 1895, t. III, p. 113 à 119.
- FOATA, *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des malformations congénitales de l'anus et du rectum* (thèse de Lyon, 1900).
- GALTIER, Abouchement anormal du rectum. Anus vulvaire (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1903, t. XXII, p. 465).
- GOURIANE (T.), *Malformation congénitale de l'anus. Atrésie anale et abouchement du rectum à la vulve* (thèse de Lausanne, 1901).
- GUILLON, Anus vulvaire congénital avec diverses complications. Opération. Guérison (*Gazette médicale de Paris*, 1847, t. II, p. 992).
- HADRA, *Berliner. Klinische. Wochenschrift*, 1885, n^o 21.

KIRMISSON, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, Paris, 1898.

— Les imperforations et anomalies de l'anus et leur traitement (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, Paris, 1904, t. XV, p. 56-58).

— *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, 1896, p. 305-306.

— L'ectopie de l'anus dans les voies génitales de la femme. Son traitement (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1895, t. VIII, 2^e partie, p. 72).

LEBRUN, *Annales de la Société belge de Chirurgie*, Bruxelles, 1896-97, t. IV, p. 304-306.

LE DENTU et DELBET, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. VIII, Paris, 1899.

MARION, *Manuel de technique chirurgicale*, Paris, 1908.

PONT-RÉAULX, Note sur un cas de vice de conformation. Ouverture du rectum entre l'hymen et la fourchette à la partie postérieure de la vulve (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1864, t. XXXIX, p. 100-104).

PETIT (P.), *Revue pratique d'obstétrique et de gynécologie*, 1897, t. XIII, p. 125 à 136.

— Anus vulvaire congénital. Transplantation périnéale (*Gazette médicale de Paris*, 1897, n^o 13).

PLAUCHU et CHALIER, Quelques considérations sur l'anus vulvaire (*Province médicale*, n^o 5, 1^{er} février 1908).

PUECH, *Abouchement congénital du rectum au vagin et à la vulve* (thèse de Montpellier, 1890).

RANTZOIU (de Bukarest), *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, t. XI, p. 28-30.

REGNAT, *Contribution à l'étude de la transplantation de l'anus au périnée, dans certains cas de malformation anale* (thèse de Paris, 1904).

REIBEL, De l'anus vulvaire et de diverses ouvertures et fistules recto-vulvaires et recto-vaginales, et de leur traitement (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1874-75, t. XXXIV, p. 78).

REITTERER, Sur l'origine et l'évolution de la région ano-génitale des mammifères (*Journal de l'Anatomie*, 1890, p. 126).

RICATEAU (A.), *Quelques observations d'anus vulvaire* (thèse de Montpellier, 1881).

ROVILLAIN, *Contribution à l'étude des vices de conformation de l'anus et du rectum, et en particulier de l'anus vulvaire. Son traitement* (thèse de Paris, 1882).

STOLZ, De l'atréisie de l'anus avec ouverture du rectum dans la vulve (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1867, t. XXVII, p. 117-120).

TOURNEUX, *Précis d'embryologie*, 1908, p. 253 et 271.

— Sur les premiers développements du cloaque, du tubercule génital et de l'anus (*Journal de l'Anatomie*, 1888).

— Sur le développement et l'évolution du tubercule génital chez le fœtus humain (*Journal de l'Anatomie*, 1889).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Pathogénie et étiologie	11
CHAPITRE II. — Symptômes et diagnostic	17
CHAPITRE III. — Indications. — Contre-indications. — Traitement	19
OBSERVATIONS.	27
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	41

